

学童保育所 児童調査表

※ 新 年生

太枠の中をすべて記入してください。該当のものを、○で囲んでください。

※印の欄は、記入しないでください。

提出日 年 月 日

学童保育所名		※		入所	※		年	月	日	退所	※		年	月	日	
児 童	ふりがな					続柄			男女	生年月日	年 月 日					
	氏 名															
	学 校 名	小学校				学年	年		通級学級 ()		特別支援学級()					
	就学前の状態 (無認可含む)	保育園・幼稚園				年	月	入園～	年	月	退園・卒園					
		保育園・幼稚園				年	月	入園～	年	月	退園・卒園					
現 住 所	〒 ー TEL(自宅)				(注1)緊急連絡先	①	氏名			(関係)						
							氏名			(Tel)						
						②	氏名			(関係)						
							氏名			(Tel)						
						③	氏名			(関係)						
							氏名			(Tel)						
		保 護 者				保 護 者										
ふりがな																
氏 名																
就 労 先 名																
所 在 地																
電 話																
就 労 時 間	平日	午前 時 分から		土曜日	午前 時 分から		平日	午前 時 分から		土曜日	午前 時 分から					
		午後 時 分まで			午後 時 分まで			午後 時 分まで			午後 時 分まで					
定 休 日	毎週 曜日・不定期															
通 勤 時 間	行き 分 / 帰り 分															
通 勤 手 段	バス・電車・自転車 ()															
同居家族状況 (入所児童を除く)	氏 名	続柄	生 年 月 日	年齢	職業・小・中学校名及び学年(入所時点)予定可											
※入所申請時以外の資格で学童保育所を利用したい場合は、その旨をご記載ください。 (利用にあたり、診断書や理由書など入所申請に必要な書類の提出が別途必要となります)																

※裏面もご記入ください。

医療関係等	(注2) かかりつけの医療機関名 (外科・歯科・眼科等)	所在地	電話番号	健康保険証の有無 (該当に○)	有・無
	①				
	②			血液型	型
	③			平熱	度
(該当する番号に○) 生後の記録	既往症(かかった病気)	1. はしか 2. 風疹 3. 水ぼうそう 4. おたふくかぜ 5. 百日咳 6. その他()			
	予防接種済んだもの	1. BCG接種 2. ロタウイルス感染症 3. B型肝炎 4. ヒブ感染症 5. 小児の肺炎球菌感染症 6. 四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ) 7. 麻しん風しん混合 8. 水ぼうそう 9. 日本脳炎 10. 二種混合(ジフテリア・破傷風) 11. ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん) 12. おたふくかぜ 13. その他()			
	(注3) おこしやすい病気	1. 風邪ひきやすい 2. 下痢 3. 便秘 4. ひきつけ 5. ぜんそく 6. 発熱 7. 貧血 8. 気管支炎 9. 化膿しやすい 10. 皮膚炎 11. アレルギー体質(詳細は注意点に記入) 12. その他()			
食物アレルギー等おやつ等提供時の注意点					
性格や行動についての注意点					
身体や運動についての注意点					
(注4) 登降所時の道順(学童保育所⇄家)を枠の範囲内に収まるように赤線で記入のこと					
備考					